مقاله پژوهشی

ارزیابی جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین‌بخشی در برنامه پزشک خانواده در روستاهای ایران

فریده اعتمادی[1*]، حسین ملک‌افضلی[2]، معصومه دژمان[3]

1- معاونت درمان و توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی 2- گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران 3- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* نویسنده مسؤول: معاونت درمان و توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ولنجک، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، تهران، کدپستی: 1985713834، تلفن: 22180108 نمابر: 22180008

پست الکترونیک: etehmady@yahoo.com

دریافت: 94/1/25 پذیرش: 94/4/6

چکیده

مقدمه: *برنامه پزشک خانواده از سال **1383** توسط وزارت بهداشت در روستاهای ایران انجام شد. از وظایف اصلی این برنامه جامعیت، تداوم، مدیریت خدمات سلامت، همکاری با سایر بخش‌ها و ارایه بسته‌های خدمات سلامت به جامعه تحت پوشش می‌باشد. به منظور توانمندسازی برنامه و تخصیص بهینه منابع، و با توجه به نقش همکاری مردم و سازمان‌ها در دستیابی به موفقیت، مشارکت مردم و سایر بخش‌ها در برنامه پزشک خانواده مورد ارزیابی قرار گرفت.*

روش کار: *مطالعه حاضر به روش ترکیبی **(Mixed Method)** انجام گرفت. نمونه‌گیری در بخش کمی به روش تصادفی و در بخش کیفی به صورت هدفمند انجام گردید. ابزار مورد استفاده در بخش کمی پرسشنامه سلامت **(8 حیطه)** و در بخش کیفی مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی متمرکز با **6** هدف اختصاصی بود که از طریق مصاحبه فردی با مدیران برنامه در سطح استان، با افراد صاحب‌نظر و مردم اجرا شد. در این مطالعه، نتایج بخش کیفی ارایه می‌شود.*

یافته‌ها: *یافته‌ها بیانگر عدم مشارکت مردم به دلیل برخی کمبودها، مشارکت ابزاری برای تأمین امکانات و هزینه‌های سلامت است. در بحث مشارکت بخش‌ها، به تفاوت وضعیت تعامل بین‌بخشی و سطح مشارکت ابزاری در آن می‌توان اشاره نمود.*

نتیجه‌گیری: *از نقاط ضعف برنامه می‌توان به عدم وجود پیش‌نیازهای برنامه و مشکلات فرایند اجرایی برنامه **(محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی)** اشاره کرد.*

گل‌واژگان: *پزشک خانواده، ارزشیابی و پایش، مشارکت*

مقدمه

سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات، و خدمات سرپایی بر خدمات بستری در طول دهه 1360 شکل گرفت (1). بر همین اساس یکی از استراتژی‌های اجرایی با هدف توسعه برنامه‌های شبکه بهداشتی در قالب نظام ارجاع در ایران، برنامه پزشک خانواده می‌باشد. این طرح توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مساعدت مجلس شورای اسلامی و تصویب ماده 91 در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور مبنی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده ، و نظام ارجاع و با همکاری صمیمانه سازمان بیمه خدمات درمانی از اواخر اسفند ماه سال 83 آغاز گردید (2 و 3). پزشک خانواده بر اساس تعریف معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و اموزش پزشکی (1387) فردی با حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است که در نخستین سطح خدمات، مسؤولیت‌هایی از قبیل: جامعیت، تداوم و مدیریت خدمات سلامتی بدون در نظر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

گرفتن قومیت، جنسیت، طبقه اقتصادی- اجتماعی و خطرات بیماری، همکاری با سایر بخش‌ها، ارایه خدمات سلامت در قالب بسته‌های سلامت، ارجاع به سطوح بالاتر در صورت نیاز، پیگیری تداوم خدمات، و مدیریت اعضا تیم سلامت را به عهده دارد (4).

مهم‌ترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه‌ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر 20000 نفر عبارتند است: 1- ارایه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور؛ 2- بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشک خانواده به منظور بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات؛ 3- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت پزشک خانواده (جمعیتی در حدود 2000 تا 4000 نفر به ازای هر تیم پزشک خانواده)؛ 4- تبیین مسیر ارجاع؛ 5- سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری‌ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده؛ 6- مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده، به عنوان آخرین و شاید اصلی‌ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده (4).

بر اساس همین رویکرد، نظام سلامت طی سال‌های گذشته طرح‌ها و برنامه‌های مختلفی را در کشور اجرا نموده که همگی نوعی جنبه اصلاحی داشته‌اند (5). درسال‌های اخیر فصل نوینی از اصلاحات با محوریت پزشک خانواده در کشورمان آغاز شده است (2) و به کارگیری اهرم‌های تغییر دهنده نظام سلامت، استفاده از مدل پزشک خانواده را به منظور ارایه خدمات تقویت کرده است (5). با توجه به سابقه 70 ساله برنامه پزشک خانواده در بسیاری از کشورها، این برنامه یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین روش‌های افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت می‌باشد (6). مزایای استفاده از این برنامه شامل ساماندهی نظام ارجاع بیماران، اصلاح در نحوه پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمات، اصلاح وضعیت ارایه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات، افزایش کارآیی نظام سلامت، احترام به حقوق بیماران، تمرکز زدایی نسبی در نظام سلامت، تأکید بر پایش وکنترل، تشخیص به موقع به خصوص در غربالگری بیماری‌ها می‌باشد (5). از دیگر دست‌آوردهای این برنامه در تجارب سایر کشورهای جهان شامل ارتقای ارایه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت[1]، تقابل بیشتر و بلند مدت پزشکان با مسایل مرتبط با سلامت قشر خاصی از مراجعین، میزان رضایتمندی بیش‌تر در مراجعین به دلیل امکان برقراری ارتباط بین فردی بهتر با پزشک معالج و... می‌باشد (4).

در این پایش و ارزشیابی باید شاخص‌های کلان ارزیابی برنامه شامل شاخص‌های انسانی، شاخص‌های مالی، شاخص‌های ساختاری، شاخص‌های عملکردی و شاخص‌های بهره‌وری مورد ارزیابی قرار گیرند (7). در این مقاله محور مشارکت مردم و بخش‌ها ارایه گردیده است. بر این اساس با توجه به اولویت برنامه پزشک خانواده و اهداف والای متناظر با آن، امید است با اجرای این مطالعه و ضمن ارزیابی فرایند اجرا و تبیین نقاط قوت و ضعف، چالش‌ها، راهکارهای احتمالی ارتقای هر چه بیشتر برنامه ترسیم گردد و ضمن انعکاس نتایج حاصله به ذی‌نفعان و فعالان این عرصه؛ گام مؤثری در ارتقای نظام سلامت برداشته شود. سابقه پزشکی خانواده در برخی کشورها از جمله روسیه، آلبانی، مالزی، چین، تایلند، نپال، آفریقای جنوبی و بریتانیا موجود است (5).

مشارکت یعنی دخالت و درگیر شدن مردم در فراگرد های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی که بر سرنوشت آنان اثر می‌گذارد. بر این اساس مفهوم مشارکت بر سه ارزش بنیادی تأکید می‌گذارد: سهیم کردن مردم در قدرت و اختیار؛ راه دادن مردم به نظارت بر سرنوشت خویش؛ و بازگشودن فرصت‌های پیشرفت به روی مردم (8). اما آن چه از معنای مشارکت در این مقاله مدنظر است، مشارکت اجتماعی سیاسی[2] است، یعنی فعالیت‌های ارادی و داوطلبانه‌ای که از طریق آن‌ها اعضای یک جامعه در امور محله، شهر و روستای خود شرکت می‌کنند و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در شکل دادن حیات اجتماعی و سیاسی سهیم می‌شوند (9). مشارکت فعال به معنای آن است که مردم آگاهی لازم در زمینه شناخت مشکلات سلامتی خود به دست آورند و بتوانند نیازهای خود را شناسایی و بر اساس اولویت‌ها و منابع در دسترس؛ خود برنامه‌ریزی، مداخله و پیشرفت فعالیت را پایش و کنترل کنند. بر مبنای اهداف برنامه پزشک خانواده انتظار می‌رود این امر در طول اجرای برنامه اجرا شده باشد و مردم یا نمایندگان آن‌ها در خصوص نحوه این مشارکت توضیح دهند. مطالعه حاضر به ارزیابی برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ایران با هدف تبیین چگونگی موفقیت برنامه در جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت و جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت انجام گرفت.

[1] PHC (primery health care)

[2] Social and political participation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

روش کار

این پژوهش به روش ترکیبی[3]، (مرور مقالات مرتبط، جستجوی پایگاه اطلاعاتی و پایان‌نامه، گزارشات و دستورعمل‌های وزارت بهداشت و تشکیل کمیته علمی و اجرایی و تهیه سؤالات و راهنمای سؤالات) با استفاده از دو روش کمی و کیفی انجام گرفت که در این مطالعه نتایج بخش کیفی ارایه می‌گردد. در روش کیفی از بحث‌های گروهی متمرکز[4] و مصاحبه فردی[5] با افراد صاحب‌نظر و کلیدی[6] و مردم، با رویکرد تحلیل محتوی[7] در زمینه برنامه پزشک خانواده استفاده گردید. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه مدیران استانی، کارشناسان رده میانی، بهورزان، پزشکان فعال و متخصصین بیمارستان در برنامه پزشک خانواده و گیرندگان خدمات بود. معیارهای ورود افراد کلیدی سایر بخش‌ها شامل افرادی بود که به نوعی از برنامه پزشک خانواده مطلع بوده و نقش فعال در برنامه‌ریزی، اجرا و یا ساماندهی برنامه را در جمعیت تحت پوشش بر عهده داشتند. محیط مطالعه شامل 4 شبکه بهداشت و درمان بود که بر اساس نظرسنجی از مسؤول کلیدی در ستاد گسترش شبکه کشور انتخاب شدند.

نمونه‌گیری در مطالعه کیفی به دلیل کسب اطلاعات و تجارب غنی از مشارکت‌کنندگان، به صورت هدفمند در هر شبکه انجام شد. در هر یک از مناطق مورد بررسی حداقل یک بحث گروهی با پزشکان، ماما ها، کارشناسان رده میانی و بهورزان صورت گرفت. در مجموع 16 بحث گروهی انجام شد و تعداد افراد هر گروه 8-6 نفر بود. همچنین جهت کسب نقطه نظرات افراد کلیدی و مدیران برنامه در سطح استان، مصاحبه فردی با کارشناس مسؤول یا مسؤول اجرایی برنامه پزشک خانواده در استان و شهرستان منتخب، نمایندگان سایر بخش‌ها و پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان انجام شد (20 مصاحبه). انتخاب افراد سایر بخش‌ها به صورت هدفمند از بین افراد شورای سلامت شهرستان و با نظر مسؤولین شبکه استان و یا شهرستان انجام گرفت و مصاحبه‌ها تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعات ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها

مرحله کمی: در این مرحله از مطالعه جهت ارزیابی وضعیت پاسخگویی برنامه پزشک خانواده، موفقیت برنامه در زمینه جلب مشارکت مردم، و برقراری نظام ارجاع در گیرندگان خدمات از پرسشنامه پاسخگویی نظام سلامت استفاده گردید. این پرسشنامه مفهوم پاسخگویی را از 8 حیطه مختلف (شامل 14 محور) بررسی می‌نماید که عبارتند از: رازداری اطلاعات شخصی، قدرت تصمیم‌گیری، شفافیت ارتباطات، شأن و مقام (احترام برای درمان و برقراری ارتباط)، دسترسی به حمایت خانواده و جامعه (تماس با جهان بیرون، ادامه فعالیت‌های منظم)، کیفیت سازگاری و محیط، توجه فوری (حرکت و مسیر مطلوب، دوره کوتاه انتظار)، انتخاب فرد ارایه‌دهنده خدمت می‌باشد. مشخصات روائی‌سنجی پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت در یک مطالعه چند کشوری از جمله ایران سنجیده شد (4). پرسشنامه کمی با توجه به مدل سازمان جهانی بهداشت طی برگزاری 10 جلسه با اعضای کمیته علمی طراحی گردید و در مطالعه مقدماتی در مرکز آبسرد دماوند، پایایی آن از طریق آزمون مجدد مورد ارزیابی قرار گرفت؛ به این روش که پرسشنامه بین 10 نفر از جمعیت تحت پوشش برنامه در مرکز یاد شده که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، توزیع و جمع‌آوری شد، و سپس دو هفته بعد نیز این کار تکرار گردید و همبستگی آن معادل 0/6 محاسبه شد. ارزیابی روایی پرسشنامه، از طریق بحث گروهی با افراد صاحب‌نظری که مسؤولیت برنامه پزشک خانواده را بر عهده داشتند، انجام شد.

مرحله کیفی:جهت انجام مرحله کیفی، راهنماهای مصاحبه‌های عمیق فردی[8] و بحث‌های گروهی[9] طی چندین نشست با اعضای تیم تحقیق و نماینده گسترش شبکه وزارت بهداشت تدوین گردید. به این منظور، سؤالات بر مبنای اهداف تعیین شده برنامه، و بر اساس تجمیع نتایج حاصل از بررسی متون، مطالعات و مستندات مرتبط، و نقطه نظرات افراد کلیدی صاحب نظر در برنامه تدوین شد. بر مبنای نتایج بحث‌ها مقرر گردید که در مطالعه کیفی؛ بررسی و شناخت 6 هدف اختصاصی محور راهنمای سؤالات قرار گرفته و در بحث‌های گروهی و انفرادی با ارایه تعاریف کاربردی و سؤالات باز، نظر افراد مورد بررسی قرار گیرد.

مراحل و چگونگی اجرای مطالعه کیفی

مطالعه مقدماتی: مطالعه مقدماتی در شهرستان دماوند از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و زیر نظر گسترش شبکه شهرستان مرکز بهداشتی درمانی آبسرد انجام گرفت. به این

[3] Mixed method
[4] Focus group
[5] Individual interview
[6] Key informant
[7] Content analysis
[8] Individual depth interviews
[9] Group discussions

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

منظور ابتدا با هماهنگی با معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، مسؤول گسترش شهرستان دماوند، مرکز آبسرد، و رئیس مرکز بهداشت در تاریخ اول آذر ماه 1391 تیمی متشکل از 4 نفر عازم آبسرد شدند. مرکز آبسرد مرکز بهداشتی درمانی شهری- روستایی شبانه‌روزی است که دارای 6 خانه بهداشت و یک پایگاه بهداشتی ضمیمه می‌باشد. 6 پزشک (2 پزشک در صبح و 4 پزشک به صورت شیفت بعد از ظهر) در مرکز فعالیت دارند. به منظور انتخاب نمونه‌های بخش کمی مطالعه، به دفتر پزشک مراجعه شد. برای هر پزشک یک دفتر جداگانه وجود داشت. بنابراین هر6 دفتر باید به صورت هم زمان بررسی می‌گردید. در دفتر پزشک فقط ارجاع به پزشک ثبت می‌شد، اما شواهدی مبنی بر شماره پرونده و یا این که از کجا ارجاع شده و یا مراجعه نموده است، وجود نداشت. بنابر این از هر دفتر حدود 12 فرد ارجاع شده و 6 نفر بدون ارجاع انتخاب گردیدند. سپس بر اساس شماره قبض بیمه (اگر نوشته شده باشد) با مراجعه به بخش پذیرش، روستایی که فرد از آن مراجعه کرده بود استخراج گردید. ضمن تماس با خانه بهداشت مرتبط اطلاعات مورد نیاز در خصوص ارجاع از خانه بهداشت و یا مراجعه مستقل از طریق بهورز تکمیل شد. برای گرفتن سایر اطلاعاتی نظیر این که آیا فرد به بیمارستان مراجعه کرده است یا خیر؛ از طریق بهورز با فرد تماس گرفته می‌شد و اطلاعات استخراج می‌گردید. این روند در خصوص افرادی که مستقلاً مراجعه نموده بودند، طولانی‌تر بود. با نظر پزشک مسؤول مرکز بهداشتی- درمانی در خصوص معرفی دو نفر که تاکنون مراجعه نکرده‌اند، سؤال گردید. با نظر ایشان تقریباً همه افرادی که بیمه روستایی دارند حداقل طی یک سال گذشته از این بیمه استفاده می‌کنند. البته به نظر ایشان 85% افراد فقط برای مهر زدن به دفترچه به پزشک مرکز مراجعه می‌کنند. بنابر این پیدا کردن فردی که طی یک سال گذشته مراجعه نکرده است، کمی مشکل و وقت‌گیر بود. یک گروه از بهورزانی که برای ارایه آمار ماهیانه به مرکز مراجعه نموده بودند، از هر خانه بهداشت یک نفر، برای بحث گروهی دعوت شدند. در روند سؤالات مطرح شده، مشکل خاصی وجود نداشت. به طور کلی میانگین مدت زمان پرسشنامه کمی 15 دقیقه و زمان انجام بحث گروهی 1/5 ساعت براورد گردید.

بازنگری راهنمای پرسشگری: اساس نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی، راهنمای پرسشگری و سؤالات پرسشنامه مورد بازبینی قرار گرفت و برای استفاده در مرحله اصلی مطالعه نهایی شد.

توانمندسازی و یکسان‌سازی پرسشگری: به منظور توانمندسازی تیم پرسشگران برای انجام مصاحبه‌ها و انجام بررسی کمی، برای 4 پرسشگری که باانجام مطالعات کیفی هم آشنایی داشتند، جلسه آموزش مهارت‌آموزی برگزار گردید. به این وسیله ضمن بیان اهداف طرح و راهنمای سؤالات، با استفاده از روش اجرای نقش؛ توانایی افراد در هدایت مصاحبه فردی و بحث گروهی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

اجرای مرحله نهایی مطالعه: از طریق مسؤول پزشک خانواده وزارت بهداشت هماهنگی‌های لازم با مسؤول گسترش 4 استان منتخب به عمل آمد و بر اساس برنامه زمان‌بندی اعلام شده، تیم پرسشگران اعزام شدند و اجرای مطالعه درعرصه به طور کامل اجرا گردید.

اجرای مرحله کمی: در این مرحله طی برگزاری جلسه‌ای در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و دعوت از مسؤولین وزارتخانه از جمله آقای دکتر مقیمی مسؤول محترم گسترش، 4 شهرستان با نظر مسؤول محترم گسترش به ترتیب عالی تا بد انتخاب گردید؛ عالی: تبریز، خوب: یزد، متوسط: بیرجند، بد: اسلامشهر. سپس تیم پرسشگر با هماهنگی در هر استان حضور یافته و بر مبنای رتبه هر استان با نظر مسؤول گسترش استان، یک شهرستان از هر شهر انتخاب گردید (به عنوان مثال از استان تبریز، شهرستان عالی و از بیرجند یک شهرستان متوسط انتخاب شد). در مرحله بعد با نظر مسؤول گسترش شبکه شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی از خوب تا بد لیست گردیدند. سپس به صورت سیستماتیک دو مرکز بهداشتی درمانی روستایی انتخاب شدند. با مراجعه به دفتر روزانه پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی روستایی، نمونه افراد خدمت گیرنده از جامعه روستایی انتخاب گردید. به این روش که از تاریخ مراجعه تیم تحقیق به مرکز بهداشتی- درمانی روستایی به قبل، تعداد 20 نمونه از اسامی مراجعه‌کنندگان به پزشک بر مبنای گروه‌های زیر انتخاب گردیدند و لیست افراد در فرم مخصوص ثبت شد.

1- بیمارانی که از روستای ضمیمه مراجعه نموده‌اند و به بیمارستان ارجاع نشده‌اند (2 نفر)؛

2- بیمارانی که از روستای ضمیمه مراجعه نموده‌اند و به بیمارستان ارجاع شده‌اند، اما نرفته‌اند (2 نفر)؛

3- بیمارانی که از روستای ضمیمه مراجعه نموده و به بیمارستان ارجاع شده و رفته‌اند (2 نفر)؛

4- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل با برگه ارجاع مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع نشده‌اند (2نفر)؛

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

5- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل با برگه ارجاع مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع شده و رفته‌اند (2نفر)؛
6- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل با برگه ارجاع مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع شده، اما نرفته‌اند (2 نفر)؛
7- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل بدون برگه ارجاع، مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع شده، اما نرفته‌اند (2 نفر)؛
8- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل بدون برگه ارجاع، مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع نشده‌اند (2نفر)؛
9- بیمارانی که از خانه بهداشت‌های مستقل بدون برگه ارجاع، مراجعه داشته‌اند و به بیمارستان ارجاع شده‌اند و رفته‌اند (2 نفر)؛
10- افرادی که از روستای ضمیمه طی یک سال گذشته اصلاً مراجعه نداشته‌اند (2 نفر).

در خصوص گروه 10، با نظر بهورز، از روستای ضمیمه، 2 خانواری که در طی یک سال گذشته به پزشک مرکز بهداشتی- درمانی مراجعه نداشته‌اند، انتخاب و پرسشنامه برای آن‌ها تکمیل گردید. در صورتی که فرد مراجعه کننده کودک زیر 15 سال بود پرسشنامه توسط مادر و یا فرد همراه وی در زمان مراجعه تکمیل شد. در مواردی که فرد ارجاع شده بود، با فرد تماس گرفته شد و از مراجعه و یا عدم مراجعه وی به بیمارستان اطمینان حاصل شد. روند انتخاب نمونه‌ها در هر گروه تا تکمیل 2 مورد در هر طبقه ادامه یافت و در ادامه با هماهنگی با مراجعه به منزل افراد، 154 پرسشنامه (137 پرسشنامه 1 و 17 پرسشنامه 2) تکمیل گردید.

اجرای مرحله کیفی: در روش کیفی از دو تکنیک بحث گروهی و مصاحبه فردی استفاده شد. نمونه‌های مورد بررسی شامل افراد زیر بودند:

مصاحبه فردی	بحث گروهی
رئیس گسترش	پزشک خانواده روستا
رئیس مرکز بهداشت	مامای مرکز بهداشتی روستا
متخصص بیمارستان	بهورز
یک نفر از سایر بخش‌ها	کارکنان رده میانی

در خصوص نحوه نمونه‌گیری بحث‌های گروهی، ابتدا کل روستاها لیست شد؛ برای انتخاب پزشک خانواده به صورت سیستماتیک یک پزشک (حداکثر تا 5 پزشک) انتخاب شد و جهت انتخاب سایر نمونه‌ها شامل ماماها، کارکنان رده میانی، بهورزان (پس از حذف روستاهای قبلی انتخاب شده) نیز این روش ادامه یافت. پس از انتخاب و دعوت گروه‌ها در مرکز بهداشت شهرستان، بحث گروهی با گروه‌های یاد شده با استفاده از راهنمای سؤالات انجام گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین 75-60 دقیقه بود. تسهیل‌گر و مشاهده‌گر از اعضای تیم تحقیق بوده و سابقه انجام مطالعه کیفی داشتند و طی یک جلسه 3 ساعته توسط مدیر اجرایی طرح تحت آموزش مجدد قرار گرفته و به روش ایفای نقش، از مهارت انجام تکنیک مصاحبه طرح توسط آنان اطمینان حاصل شده بود. نحوه انتخاب سایر افراد بخش‌ها با نظر مسؤولین شبکه شهرستان؛ از شورای سلامت و امنیت غذایی استان و شورای سلامت شهرستان در اسلامشهر و افرادی که بنا به محدوده فعالیتشان انتظار می‌رفت اطلاعاتی در زمینه پزشک خانواده داشته باشند، انتخاب شدند (مانند نماینده آموزش و پرورش در اسلامشهر، نماینده بهزیستی در تبریز، بخشدار در یزد و نماینده بیمه در بیرجند). انتخاب متخصصین بیمارستان نیز بر اساس نظر پزشکان خانواده شهرستان، بر اساس تخصص‌هایی که بیش‌ترین موارد ارجاع را داشتند، مشخص گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات، در یک روز مشخص به بیمارستان مراجعه و بعد از کسب رضایت مصاحبه با متخصصین مربوطه انجام شد.

در هر شهر 4 مصاحبه فردی و 4 مصاحبه گروهی و در مجموع 16 مصاحبه فردی و 16 بحث گروهی انجام گرفت. کلیه مصاحبه‌ها با کسب مجوز از شرکت کنندگان ضبط گردید و بعد از اتمام مصاحبه‌ها تبدیل به متن نوشتاری گردید. هر متن همراه با فایل صوتی هم زمان توسط تسهیل‌گر و مجری طرح کدگذاری و طبقه‌بندی گردید.

مرحله بررسی متون و پیشینه: این مطالعه با مرور مقالات منتشر شده مرتبط با موضوع برنامه پزشک خانواده در ایران و خارج شروع شد. به این منظور در ابتدا بر اساس عنوان و سپس بر اساس کلیدواژه‌های فارسی، پزشک خانواده، ایران و معادل انگلیسی آن مقالات در یک دوره 10 ساله جمع‌آوری شدند. جستجو در 7 پایگاه اطلاعاتی (پاپ مد، ایران مدکس، سیید، ایران‌داک، اسکولار گوگل، سازمان بهداشت جهانی، مگ‌ایران)[10] صورت گرفت و هم‌زمان پایان‌نامه‌های مرتبط در دانشگاه های تهران، گزارش‌ها و دستورعمل‌های وزارت بهداشت در خصوص برنامه پزشک خانواده بررسی گردید. از مرور منابع، تعاریف اولیه، اهداف برنامه و سؤالات اولیه طرح (کیفی و کمی) تعیین و سپس در کمیته علمی- اجرایی نهایی شد.

تشکیل کمیته اجرایی طرح:در مرحله بعد، کمیته علمی- اجرایی طرح متشکل از اساتید صاحب‌نظر در حیطه‌های مرتبط و همکاران طرح تشکیل گردید. کمیته علمی طرح متشکل از اپیدمیولوژیست و روان‌پزشک که قبلاً مجری ارزیابی نظام

[10] PubMed, Iranmedex, SID, Irandoc, Google Scholar, WHO, Magiran

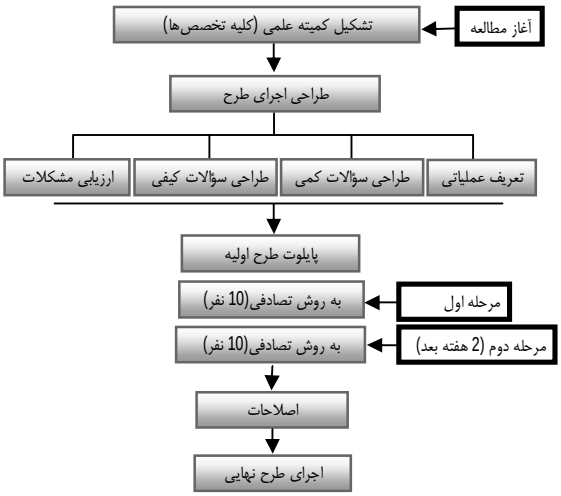
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

پاسخگوی سلامت بوده‌اند؛ مسؤول گسترش شبکه وزارت بهداشت، متخصص آمار، متخصصین مطالعات کیفی، متخصص پژوهش در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاون بهداشتی استان موفق در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده (با نظر همکاران گسترش شبکه وزارت بهداشت)، کارشناس مسؤول پزشک خانواده در وزارت بهداشت و همکاران طرح تشکیل گردید. یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های کمیته علمی- اجرایی مذکور بررسی و تدوین تعاریف علمی و کاربردی بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران، طراحی سؤالات کمی و کیفی بود.

تدوین پرسشنامه کمی و کیفی، اجرای مطالعه مقدماتی و اجرای طرح نهایی: طی جلسات منظم هفتگی نحوه اجرای طرح طراحی و به دنبال ارزیابی چالش‌های احتمالی نهایی شد. طراحی اولیه راهنمای سؤالات کیفی و کمی بر اساس بررسی مطالعات موجود و تجارب سایر کشورهای جهان در این زمینه، و نظرسنجی از صاحب‌نظران انجام شد و تحت آزمایش مقدماتی قرار گرفت و پس از پاره‌ای اصلاحات، نسخه نهایی آن تدوین گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: اطلاعات کیفی نیز با استفاده از نرم‌افزار تحلیل محتوای کیفی[11] وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: - شرکت در مطالعه، اختیاری و با رضایت افراد صورت پذیرفته است؛ - کلیه اطلاعات به صورت محرمانه جمع‌آوری گردیده و از نتایج حاصل در جهت اهداف تحقیق استفاده شده است؛ - درمرحله کیفی، ضبط مصاحبه‌ها با هماهنگی شرکت‌کنندگان انجام شده است؛ - فرم رضایت آگاهانه توسط کلیه شرکت‌کنندگان در طرح تکمیل گردیده است؛ - در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی مطرح گردیده است.



[11]Open code 3

نتایج

مرحله کیفی: در این مرحله پس از انجام تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوا تعداد 6 طبقه اصلی و 20 زیر طبقه استخراج گردید که عبارتند از: 1) عدالت در سلامت؛ 2) ارایه خدمات به صورت تیمی؛ 3) جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت؛ 4) ارایه خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع؛ 5) جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت؛ 6) نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و درس‌های آموخته شده. در این مقاله موارد 3 و 5 از طبقات اصلی فاز کیفی آورده شده است.

جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت

فقدان مشارکت مردمی: در اکثر بحث‌ها در مورد مشارکت مردم، عدم تأمین مناسب مشارکت مورد اشاره قرار گرفت. از عوامل مؤثر می‌توان به مواردی چون؛ بعد مکانی برخی از روستاها، ارتباط مشارکت با خصوصیات فردی و بومی بودن پزشکان، نداشتن برنامه و ضوابط مشخص، و فرصت ناکافی پزشکان به عنوان مسؤول تیم اشاره کرد.

- "روستای اقماری نه اصلاً مردم می‌گن نمی‌دونیم پزشک کیه، اصلاً"؛ - "ما که تو مرکزمون اعضای تیم کافی نبود یه کاردان مبارزه بود جای بهداشت محیط، گاهی هم بهورز اینجا اونجا می‌رفت کار می‌کرد. یکی جای چند نفر. برای رسیدن هم شورای بهداشت می‌ذاشتیم انجام می‌شد"[برای مشارکت بخش‌های دیگر کاری که می‌کردن این بود که در حد برگزاری شورای بهداشت بود]؛ - "بستگی به فعالیت پزشک داره. اگه پزشک منطقه را قبول داشته باشن، اعتماد کنند، هر کاری بگه می‌کنن. ولی الان پزشکی داریم که مردم می‌گن این چه پزشکیه، عوضش کنید. هر چه ارتباطش بهتر باشه، اگه بیش‌تر تو مردم باشه. فعلاً نسبیه خوب نیست. ما پزشک داشتیم ثابت بود خیلی خوب بود. مردم قبولش داشتند. همکاری می‌کردن ولی الان فعلاً که راضی نیستن دم بیش‌تر همکاری می‌کنند"[فعلا راضی نیستند که بیشتر همکاری کنند]؛ - "بومی منطقه باشه خونواده اونجا باشن"؛ - "بر می‌گرده به فرهنگ، بعضی جاها دارن بعضی ها نه. یه پزشک تو یه مرکز جدید میاد باید فرهنگ و آداب و روسوم رو بدونه، اخلاق مردم چه جوریه، تا بتونه ارتباط برقرار کنه و خدمات خودشو ارایه بده. اگه نتونه نمی‌شه"؛ - "تیم که همه جا هست، پرسنل فراوانه، منتها پزشک باید برسه نظارت کنه به بهداشت محیط. بگه رفتی فلان جا رو دیدی؟ وقتی یکی پزشک باشه فقط برسه به کار درمانی،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

وقت بهداشتی نداشته باشه، تیم کامل باشه به چه دردی می‌خوره؟ تیم یکی می‌خواد بالا سرش".

فقدان ضمانت اجرایی برای مشارکت: در برخی از بحث‌های انجام شده مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که برای موضوع تأمین مشارکت مردم در ارزیابی عملکرد کارکنان جایی در نظر گرفته نشده است. به همین علت این گونه فعالیت‌ها جدی گرفته نمی‌شوند و عمدتاً مبتنی بر علایق شخصی کارکنان و روابط آنان با مردم است. "همیشه ضمانت اجرایی کار اهرم فشاره. همه که وجدان قوی ندارند، وقتی نباشه کار خوب انجام نمی‌شه".

مشارکت ابزاری: در کلیه بحث‌های انجام شده، نمونه‌های مشارکت به طور عمده به مشارکت ابزاری مردم برای تأمین امکانات و هزینه‌های مراقبت‌های سلامت تأکید داشتند. هر چند تأمین این حد از مشارکت نیز وابسته به خصوصیات فردی کارکنان و توان آن‌ها برای جلب اعتماد مردم ذکر شد. در خصوص سایر سطوح مشارکت به ویژه مشارکت افراد برای ایجاد تغییرات در برنامه پزشک خانواده مورد خاصی ذکر نشد. به نظر می‌رسد اصولاً ساز و کاری برای سازماندهی سطوح بالاتر مشارکت جامعه در این برنامه پیش‌بینی نشده است یا حتی در صورت پیش‌بینی در برنامه اجرایی نشده است.

- "اگه بخوای مشارکت مردم رو جلب کنی واقعاً مردم همکاری می‌کنند. ما اوایل درمانگاه می‌خواستیم آموزش بدیم، سی دی می‌فرستادند. مردم خودشون تلویزیون و ویدئو گرفتند، در این حد همکاری دارن"؛ - گفتیم مشکل هست مردم پول گذاشتن با کمک اینجا وسیله گرفتند"؛ - در روستای ما هم بد نیست ماشین بوده خریدن مردم در توانشون باشه"؛ - "نوار قلب اهدا می کنن به درمانگاه، با کمک مالی باشه کمک می کنن اینطور نیست که همکاری نکنن"؛ - "یکی از جاهایی هستیم که واقعاً مردم خوب مشارکت می‌کنند. هر چیزی خواسته باشیم دستشون به جیب برسه می‌دند و تقریباً همه روستاهامون خانه بهداشت مراکز بهداشتی درمانی [توسط] خیرین ساخته شده"؛ - "مشارکت را فقط نباید تو مسایل مالی ببینیم، اما یه مشارکت معنای فرآیندی داره. اگه اینجوری فقط مالی ببینی بله خیلی بیش از انتظار ما هم مشارکت می‌کنند، ولی فرآیندی نه خیلی درگیر نیستن"؛ - "تو سیاست‌گذاری یا اجرا یا ارزشیابی، نه خیلی نقشی ندارند".

جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت

وضعیت مشارکت بین‌بخشی: بحث‌های انجام شده در مورد وضعیت مشارکت بین‌بخشی در گروه‌های مختلف بسیار متفاوت بود. این اظهارات بین دو طیف "فقدان مشارکت" تا "ارزیابی کیفیت خوب از مشارکت بین‌بخشی" در نوسان بود. آن چه توسط مشارکت‌کنندگان در بحث‌ها اظهار می‌شد، حاکی از آن بود که مشارکت بین‌بخشی عمدتاً تحت تأثیر خصوصیات فردی دست‌اندرکاران برنامه به ویژه پزشک خانواده، و شرایط روستا بوده است. همچنین نبود حمایت کافی به ویژه حمایت مالی از تصمیمات کارگروه‌های مشترک بین‌بخشی، موجب عدم کارآیی مشارکت شده است.

- "نه اصلاً نبوده یکی عمده بحث شاید شورای ما هم اطلاعات نداشته باشن تو این قضیه بدونن که روال کار مصوبات شورا هم که اومده هیچ وقت مصوبه‌ای در این خصوص ما نداشتیم که این کار انجام بشه"[از مصوبات و نحوه همکاری بخش‌های دیگر اطلاعی نداشتند]؛ - "خیلی خوبه انصافاً مشکل خاصی نداریم. فرماندار، بخشدار شورا، خیلی خوب همکاری می کنند. تخصیص اعتبارات، خرید تجهیزات ساختمان‌سازی مراکز، سنگ تمام گذاشتن. تأمین خودرو مشکل خاصی نداشتیم. در عرض 4-3 ماه 3-2 تا خودرو برای مراکز از طریق مشارکت بین‌بخشی خریدیم. تو بخش تعمیرات و تجهیزات هم خوب بوده، مشکل خاصی نداریم"؛ -"مشکل زیاد بوده، همکاری هم نبوده. نمونه دیوار مدرسه داره میفته، نامه نگاری کردیم، کسی هزینه نمی‌ده. آموزش و پرورش هم می‌گه بودجه نداریم"؛ - "این خیلی بوده، پزشک همکاری داره با بخشدار با دهدار. مشکلات تو شورا که مطرح می‌شه بهورز شورا تشکیل می‌ده، پزشکم حضور داره، یادداشت می کنه، زیر نظر بخشداری باید بودجه بذاره. یا شهرداری می‌ره اون جا منعکس می‌کنه. حتی جلسات دعوتش می کنند، میاد پزشک خانواده. شورا کمک کرده نتیجه داده، کمبود بودجه بوده نشده؛ اونا که می شه با بودجه کم و صحبت و سخنرانی و اینا حل شده. اونا که بودجه می خواسته، کمبود بودجه بوده"؛ - "نه بین بخشی ما نداریم. مشکلات بهداشت محیط، نیروی انتظامی، شورای شهر بهداشت صورت جلسه می‌شه حداکثر؛ نباید اجرا بشه"؛ - "جلسه می‌ذارن مشارکت می کنن همکاری خوبه، با دهیار، شهردار جلسه گذاشتن. مشکل دفع زباله، مردم شکایت داشتن چند قسمت گودال کنده بودن، سگ و گربه جمع می شد، الان ماشین گذاشتن نیرو گذاشتن خیلی خوبه"؛ - "نظر من اینه که تو 6 تا

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

مرکز ما، تو 4 تا، خوب اجرا شده. 2 تاش چون نزدیک شهره و مردم حالت طور دیگه دار ماجرا نمی‌شه ولی 4 تا مرکز خوب بوده" [منظور این است که 4 تا مرکز خوب اجرا شده توی 2 تاش نه. چون 4 تا نزدیک شهره و مردم حالت طور دیگه در مشارکت دارن. در 2 تا اجرا نمی شه ولی4 تا مرکز خوب بوده].

سطح مشارکت بین‌بخشی: در بحث‌های مشارکت بین‌بخشی مشابه مشارکت مردم و جامعه، نمونه‌های ارایه شده عمدتاً حاکی از سطوح پایین مشارکت (مشارکت ابزاری) بود. بر اساس نظر برخی از شرکت کنندگان تأمین سطوح بالاتر مشارکت از جمله مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت با توفیق همراه نبوده است.

- "مشارکت را نباید تو بحث مالی فقط دید. مشکل سلامتی هم، شهرداری، بخشداری باید باشه. تو این قسمت مشکل داریم. سلامت که همش بهداشت و درمان نیست. 15 % در اختیار ما هست، 75% سایر بخش ها است؛ اجتماعی اقتصادی توسعه. اما اون قسمت مشکل داریم. ساختار وزارت بهداشت و درمان خوب دیده نشده"؛ - "همکاری می‌کنن از نظر مالی، به ما کمک می‌کنن. ماشین نداشتیم، بخشداری ماشین داد. برای سیاری ها جلسه گذاشتن، شبکه از نظر مالی چی چی [چه چیزی] نبود، بخشداری هزینه‌اش را تقبل کرد. خریدن کمک می کنن"؛ - "جاهای دیگه فقط دهیار شهردار نبوده، دهیار هم همکاری نکرده. ما همکاری ازشون ندیدیم. باید جلسه داشته باشیم. در خواست از طرف ما است، هیچ وقت از طرف اون‌ها نیست"؛ - "در هیچ سطحی مشارکت نداشته؛ چه در اجرا، چه در سیاست گذاری. من خودم حدوداً 6 سال ولی چیزی ندیدم"[من خودم حدوداً 6 سال اینجا بودم ولی چیزی ندیدم]؛ - "نه این که واقعاً مشارکت کنند. ما در هر فصلی یک بار دعوتشون می‌کنیم. میان مشکلاتی که در سطح روستا هست، ما به صورت مکتوب می‌نویسیم. منعکس می کنیم یا، می‌فرستیم شبکه تا رسیدگی بشه".

بحث

با توجه به تعاریف مشارکت؛ آگاهانه بودن، دواطلبانه و ارادی بودن و اثرگذار بودن عمل از مؤلفه‌های همسو با مشارکت مؤثر، شناسایی شدند. مشارکت فعال به این معنا است که مردم آگاهی لازم در زمینه شناخت مشکلات سلامتی خود به دست آورند و بتوانند نیازهای خود را شناسایی؛ و بر اساس اولویت‌ها و منابع در دسترس، خود برنامه‌ریزی و مداخله کرده، و پیشرفت فعالیت را پایش و کنترل کنند. بر مبنای اهداف برنامه پزشک خانواده انتظار می‌رود این امر در طول اجرای برنامه اجرا شده باشد و مردم یا نمایندگان آن‌ها در خصوص نحوه این مشارکت توضیح دهند. اما نتایج این مطالعه نشان داد که شرکت‌کنندگان یا اطلاعی در این خصوص نداشتند و یا بعضی از مشارکت‌ها را موردی و براساس نیاز دیگر سازمان‌ها بیان کردند.

به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بر اساس اهداف برنامه انتظار می‌رود برنامه پزشک خانواده نقش مؤثری در عوامل اقتصادی (کاهش هزینه درمان)، فرهنگی (ارایه آموزش به مردم) و اجتماعی (جلب مشارکت مردمی) بر سلامت داشته باشد. اما به علت مشکلاتی که در روند اجرای برنامه وجود داشته، مانند اجرای سریع برنامه در وضعیت بحران بدون در نظر گرفتن مشکلات موجود در برنامه، و تهیه نکردن بسته‌های آموزشی و اجرایی در خصوص موضوعات گفته شده برای پزشکان و تیم اجرایی، برنامه نقش فعالی در خصوص عوامل یاد شده نداشته است.

عوامل تأثیرگذار در مشارکت: اگر مشارکت به معنای آگاهانه بودن، ارادی بودن و اثرگذار بودن عمل، در نظر گرفته شود؛ می‌توان از موانع و عوامل مزاحم و تسهیل کننده مشارکت سخن گفت. یادآوری این نکته ضرورت دارد که سازمان بین‌المللی یونسکو تصریح می‌کند که اینک اجماع عمومی وجود دارد که «توسعه باید از مردم، از آن چه انجام می‌دهند، از آن چه می‌خواهند و از آن چه می‌اندیشند و باور دارند، شروع شود. باید به سوی توزیع عادلانه‌تر منابع جهت‌گیری شود. هدف نهایی آزاد کردن انرژی خلاقه مردم و امکان‌پذیر ساختن آن است که خود سرنوشت شان را به صورت همگانی وفردی تعیین کنند» (10).

در تعریف مشارکت، روی آگاهانه بودن آن تأکید شد. به این ترتیب ضعف آگاهی افراد عامل باز دارنده مشارکت و بالا بردن آن عامل افزایش مشارکت است. به این معنی که هرچه سطح آموزش افراد بالا می‌رود آگاهی آن‌ها نیز افزایش یافته و بیشتر خواهان مشارکت اجتماعی، سیاسی و فرهنگی خواهند بود (11). عامل دیگر درتعریف مشارکت، داوطلبانه و ارادی بودن آن بود؛ به این معنی که در جامعه فضا و بستر به گونه‌ای فراهم شود که روحیه مشارکت جویی افراد ارتقاء یابد و شهروندان با میل و رغبت داوطلب مشارکت شوند. به عبارت بهتر فرهنگ مشارکت در میان اقشار نهادینه شود (12). در هر حال ممکن است، مشارکت‌های تحمیلی و اجباری و غیرارادی که با انواع فشارها همراه باشد، هرچند ظاهراً حضور فیزیکی افراد را سبب شود، در توسعه فرهنگی و اجتماعی اثرات سازنده‌ای نداشته و نخواهند

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

داشت. اعتقاد بر مؤثر بودن مشارکت شهروندان، نیز یکی از عوامل مهم در میزان مشارکت شهروندان محسوب می‌شوند. افرادی که باور نداشته باشند که مشارکت آن‌ها در مسایل، اثربخش است تمایلی به مشارکت از خود نشان نمی‌دهند، به طور طبیعی و از فعالیت‌های بی‌فایده فاصله می‌گیرند و دچار نوعی انفعال و یا از خود بیگانگی اجتماعی خواهند شد (13).

عوامل سیاسی و ساختاری فکری جامعه نیز از عوامل موثر در فرآیند توسعه فرهنگی و مشارکت مردم می‌باشند، به عبارتی یکی از عوامل مهم نگرش نخبگان سیاسی به مردم و بلوغ سیاسی و اجتماعی آنان، برای مشارکت است. نخبگان اقتدارگرا و نخبه‌گرا، اعتقادی به مشارکت مردم و ارزش برای آن قائل نیستند و اصولاً مردم را فاقد ویژگی‌های لازم برای تصمیم‌گیری‌های سیاسی و اجتماعی و فرهنگی می‌دانند. به این ترتیب به مردم به عنوان شهروندان صاحب حق و حقوق انسانی و مشارکت نگاه نمی‌کنند. آن‌ها را رعایایی تلقی می‌کنند که باید مسؤولان برای آن‌ها تعیین تکلیف کنند و وظیفه آنان هم اطاعت و پیروی از دستورات رهبران است (14).

مکانیزم‌های ارتقای مشارکت مردمی در توسعه

این بخش به مکانیزم‌هایی که مشارکت و حضور فعال مردم را تضمین می‌کند، و به پاره‌ای از راه‌حل‌ها به طور اجمال می‌پردازد.

1-**ارتقای خود آگاهی فردی و اجتماعی**: ارتقای خودآگاهی شهروندان یکی از شاخص‌های مهم در توسعه فرهنگی محسوب می‌شود. میزان خودآگاهی، خودباوری، آشنایی به حقوق شهروندی و همراه با آگاهی از تکالیف اجتماعی، یکی از عوامل تعیین کننده در توسعه فرهنگی محسوب می‌شود (15).

بنابراین، میزان مشارکت و سهم‌گیری مردم در مسایل اجتماعی، سیاسی و فرهنگی تابعی از سطح خودباوری، اعتماد به نفس و درک توان و استعداد خودشان است. واضح است که، ارتقای خودآگاهی مردم نیازمند سرمایه‌گذاری‌های فرهنگی و آموزشی شهروندان است. رمز ارتقای آگاهی شهروندان، آشنایی مردم با این گونه مسایل است که می‌تواند در اشکال مختلف از جمله رسانه‌های جمعی و ابزارهای نوین (رادیو، تلویزیون، ماهواره، اینترنت، و رسانه‌های مکتوب) و ابزارهای سنتی (هیأت، مساجد و شیخ البته در میان شیعیان کشور) انجام شود (10).

2- **مشارکت آزادانه**: شواهد علمی حاکی از آن است که مشارکت‌های تحمیلی و توأم با فشار هرگز ابزار مطلوب و مناسبی برای توسعه فرهنگی و اجتماعی نبوده‌اند و باید از این قبیل شیوه‌ها پرهیز کرد.

بر اساس تعریفی که از مشارکت در این مطالعه ارایه شد، اصولاً مشارکت باید از روی اراده و رضایتمندی باشد. زیرا بر اساس نگرش اقتدارگرایانه، مردم فاقد شایستگی برای مشارکت و اظهارنظر در مسایل عمومی می‌باشند؛ و به جای آگاهی، مدرن‌سازی و سهیم کردن آن‌ها درتوسعه فرهنگی، به دنبال تحمیل اراده مقامات حکومتی است و این نگرش به شکاف بین دولت ومردم کمک می‌کند. در چنین وضعیتی ممکن است مردم در کوتاه مدت تسلیم فشار حاکمیت گردند و یا از طریق اعطای کمک‌های مادی و معنوی به برنامه‌های فرهنگی دولت کمک کنند. اما چنین مشارکتی نمی‌تواند در بلند مدت ادامه یابد، چرا که آن چه تحت عنوان «مشارکت مردمی» یا «خودیاری» یا هر عنوان دیگری، با تحمیل و بدون میل و اراده فردی و از روی اجبار صورت گیرد؛ هرگز ادامه نخواهد یافت و به محض رفع اجبار و اکراه، مشارکت مزبور نیز متوقف خواهد شد. هر چند که استراتژی اقتدارگرایانه سهل‌الوصول است، اما آثار سوء روانی و فرهنگی دارد که مخصوصاً در حوزه توسعه فرهنگی باید از آن اجتناب کرد (17).

3- **تغییر نگرش مردم نسبت به دولت**: معمولاً در فرهنگ سیاسی مشرق زمین به دلیل شکاف بین مردم و دولت، مردم ذهنیت مثبتی نسبت به دولت ندارند که این مسأله می‌تواند به عنوان یک عامل باز دارنده تعامل بین مردم و دولت باشد. بنابراین، باید دولت مردان فاصله خویش را با مردم کم نموده و با ارتباط صمیمی و نزدیک با مردم، این ذهنیت منفی به جامانده از دوران‌های گذشته را از ذهن مردم بزدایند، چرا که هر چه فاصله مردم از دولت بیش‌تر باشد و اعتماد مردم به مسؤولان کشورکم‌تر باشد، جلب مشارکت مردم در زمینه‌های مختلف توسعه از جمله توسعه فرهنگی مشکل‌تر خواهد بود.

4 - **تغییر نگرش اقتدارگرایانه دولت مردان و باور کردن مردم**: از جمله عوامل بازدارنده در مشارکت مردم، نگرش اقتدارگرایانه حاکم بر مسؤولین اجرایی است. به این معنی که دولت مردان، متصورند که مردم فاقد توانایی‌های لازم برای مشارکت در فرآیند برنامه توسعه همه جانبه‌اند. نگاه اقتدارگرایانه موجب دلسردی مردم از نظام و حاکمیت، و دوری آنان از حاکمان خواهد شد و در بلندمدت به اعتماد مردم و حضور مردم در عرصه‌های عمومی لطمه خواهد زد. بنابراین برای ارتقاء مشارکت مردم در توسعه فرهنگی باید در مسؤولین تغییر نگرش ایجاد شود تا زمینه برای باور کردن و استفاده از قدرت، مهارت، تخصص نیروی فعال و پر انرژی جامعه در توسعه فرهنگی امکان‌پذیر شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

5- **اجتناب ازتمرکزگرایی در سیاست‌گذاری فرهنگی**: از دیگر آفت‌های مشارکت مردم در امر توسعه، تمرکزگرایی است. برای فرار از این مشکل و ارتقای مشارکت مردم در توسعه فرهنگی باید دولت تمرکزگرایی در برنامه‌ریزی‌های فرهنگی را کاهش دهد. تحقیقات نشان‌گر آن است که دولت‌های تمرکزگرایی که بدون توجه به شرایط محلی و نیازهای خاص، امکانات و استعدادهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خاص محلی اقدام به برنامه‌ریزی می‌کنند، علی‌رغم صرف بودجه‌های هنگفت در نهایت شکست می‌خورند. گاهی خطاهایی در این نوع تمرکزگرایی‌ها پیش می‌آید که غیر قابل جبران و توجیه است. توسعه و برنامه‌های توسعه فرهنگی می‌بایست از پایین به بالا شکل گیرد تا ویژگی‌های محلی و حتی فرهنگ محلی در نظر گرفته شود (18). بنابراین، برای تحقق مطالبات فرهنگی یک استان، شهر، روستا و غیره مناسب‌ترین الگو مراجعه به مردم آن منطقه، اولویت‌بندی نیازهای آنان از جانب اهالی خود منطقه است و سپس برنامه‌ریزی و اجرا با مشارکت مردم امکان‌پذیر می‌شود. این واقعیت باید پذیرفته شود که کارشناس تصمیم گیرنده در یک مرکز، لزوماً بیشتر و بهتر از اهالی یک محله نیازهای آن‌ها و الویت‌های فرهنگی آن‌ها را نمی‌شناسد، بلکه خود مردم محل هستند که بهتر این موارد را تشخیص می‌دهند.

6- **بسیج منابع**: بسیج منابع در حوزه جامعه‌شناسی به منابع انسانی، امکانات و تجهیزات مادی و سخت‌افزاری اطلاق می‌شود. بر اساس یک رویکرد در جامعه‌شناسی سیاسی، دولت به عنوان قدرتمندترین فعال عرصه سیاسی جامعه برای جذب جنبش‌های اجتماعی و نخبگان از سیاست بسیج منابع بهره می‌گیرد (19). حاکمان برای جلب رضایت و افزایش اعتماد سیاسی و در نتیجه برای جلب مشارکت عمومی باید از همه امکانات، ظرفیت‌های انسانی و مادی استفاده کنند. بهترین شیوه و کارآمدترین گزینه، بسیج منابع؛ و به کارگیری نیروهای کارآمد و جوان در زمینه‌ها و عرصه‌های گوناگون جامعه است. علاوه بر این مشارکت مردم در عرصه‌های مختلف جامعه و بهره‌گیری از رأی، فکر و نظر شهروندان از جمله ملاک‌های مردمی بودن و پایبندی به اصول دموکراسی محسوب می‌شود.

7- **اثر بخش کردن مشارکت**: بر اساس شواهد علمی بین میزان مشارکت شهروندان در مسایل سرنوشت‌ساز، و میزان «اثربخشی» (حس اثربخشی مشارکت شهروندان و تأثیر در سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها) ؛ ارتباط آماری وجود دارد (20).

بر این اساس برای رسیدن به یک مشارکت جامع هفت گام زیر پیشنهاد شده است:1) طراحی و بودجه‌بندی فعالیت‌ها؛ 2) شناسایی دست‌اندرکاران مناسب؛ 3) توجه به کمک‌های فنی، مالی جهت تسهیل در دخالت دادن دست‌اندرکاران؛ 4) ارایه اطلاعات، آگاهی‌رسانی و ارایه خدمات به جامعه؛ 5) ارایه مشاوره به جامعه؛ 6) ارایه بازخورد به جامعه؛ 7) ارزیابی فعالیت‌ها (11).

نتیجه‌گیری

در این مقاله از بحث‌های انجام شده نتیجه‌گیری شد که جلب مشارکت مردمی به عوامل تأثیرگذاری از جمله ارتباط فاصله مکان سکونت افراد در مشارکت، خصوصیات بومی پزشکان، نداشتن برنامه و فقدان ضمانت اجرایی برای جلب مشارکت از طریق تیم پزشک خانواده، استفاده از مشارکت ابزاری مردم، عدم سازماندهی و نداشتن ساز و کار مناسب برای جلب مشارکت مردم ارتباط دارد.

در زمینه جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت عواملی مانند تأثیر خصوصیات پزشک خانواده در فرآیند جلب مشارکت و شرایط بومی، و عدم تأمین منابع مالی تصمیمات مشارکتی، وجود مشارکت در سطوح پایین (مشارکت ابزاری) مورد اشاره قرار گرفتند. موفقیت برنامه پزشک خانواده تحت تأثیر نقاط ضعفی از جمله عدم وجود پیش‌نیازهای برنامه (اطلاع‌رسانی عمومی و ذی‌نفعان برنامه، تربیت نیروی انسانی کافی پزشک خانواده آشنا با اهداف برنامه) و مشکلات فرآیند اجرایی برنامه (محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی) قرار می‌گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

در این مطالعه شاخص‌های ارزیابی برنامه پزشک خانواده، از جمله شاخص انسانی، مالی، ساختاری، عملکردی ارزیابی شدند. نتایج مطالعه می‌تواند دریچه‌ای برای مطالعه دقیق‌تر به منظور رفع نواقص اجرایی باشد. قطعا" مدیریت نظام سلامت جامعه نیازمند به نتایج تحقیقات جامع‌تری خواهد بود. افزایش انگیزه تیم پزشک خانواده و تأمین سلامت مردم جامعه از عوامل مهم جلب مشارکت مطرح است.

با توجه به مطالب اشاره شده به نظر می‌رسد توجه به ارتقای آگاهی مردم و تیم پزشک خانواده، توانمندسازی و ارتقای دانش تیم کاری، تأمین ضمانت اجرایی و بسیج منابع جهت افزایش مشارکت نهادها و مردم در برنامه پزشک خانواده مؤثرخواهد بود. برای جلب اعتماد مردم و فراهم ساختن بسترهای لازم برای مشارکت مردم، مردم باید در همه مراحل فعالیت‌های فرهنگی،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

تصمیم‌سازی، برنامه‌ریزی و اجـرا، دخالـت داشـته باشـند. طلـب مشارکت در حین اجرای برنامه، جذابیت لازم را ایجاب نمی‌کنـد و اعتماد مردم را بر نمی‌انگیزد. علاوه بر این، موارد فـوق بـرای یافتن راه‌حل‌های مناسب مشارکت مردمی، کفایت نمی‌کنـد. بـه کارگیری شیوه‌های فوق و سایر روش‌ها باید مورد مطالعه دقیـق علمی قرار گیرند، تا با توجه به حقایق عینی و اجتمـاعی موجـود در کشور، در سایر مناطق مختلف کشور مکانیسم‌های عینی‌تر و عملی‌تری برای ارتقاء مشارکت مردم در توسعه فراهم آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است که بـا حمایـت مـالی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاری و مشـارکت سـتاد گسـترش وزارت بهداشـت و مسـؤولین گسـترش شهرستان‌های یزد، بیرجند، اسلام شهر، و تبریز انجام شده است. بدین وسیله از سایر نویسندگان طرح تشکر و قدردانی می‌گردد.

سهم نویسندگان: دکتر حسین ملک‌افضلی: راهنمایی و نظارت بر فرآیند تحقیق؛ دکتر معصومه دژمـان: مـدیر اجرایـی طـرح و هماهنگی سایر بخش‌هـا و نظـارت بـر فرآینـد پیشـینه طـرح و گردآوری داده؛ فریده اعتمادی: نویسنده پاسخگو، همکار اصـلی طـرح، جمـع‌آوری مبـانی نظـری و گـردآوری داده‌هـا و انجـام مصاحبه‌ها و تهیه مقاله.

References

1- Hatami H. *Comprehensive book of the public health*. 2nd ed. Tehran: Arjmand Publications; 2006:17. (in Persian)
2- Tabriz University of Medicine Sciences. Family medicines. [cited 2005]. Available from: URL: http://www.thzmed.ac .ir/family medicine/index.htm. (in Persian).
3- Mashhad University of Medical Science. Family physicians and rural insurance. [cited 2006]. Available from: URL: http://www.mums.ac.ir/fpp/fa/define. (in Persian).
4- Eftekhari Baradaran M. Administrative guide direction of family physician. Ministry of Health and Medical Education: Iran, Tehran. 2005:21-23. (in Persian).
5- Farzadfar F, *Monitoring of Family Practice*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. Andishmand Publications; 2005:7-11. (in Persian).
6- Ministry of Health and Medical Education .Quality of life of family practice. Deputy of Health: Iran, Tehran.2009:21. (in Persian).
7- Richard S. Measuring the social impact of research. British Medical Journal 2001; 3 (8): 325-528.
8- Zareeyan H. Participation is the best stage for manager. Azad university: Iran, Tehran. 2007:14. (in Persian).
9- Mohseni Tabrizi A, Alienation, a Barrier to participation and national development. Pajoheshnameh 1996; 4(7):92. (in Persian)
10- Fazeli N. Culture and Development. JORNAl UNESCO: Iran, Tehran. 1997; 28. (in Persian)
11- Talashi M. Political Order in Changing Societies. (Translation). Hantigun S, ed. Tehran: Elm Publication; 1991: 68-77. (in Persian)
12- Ghayraee H, Tabaee D. *Participation in Development. (Translation)*. Kaovetry H. ed.Tehran: Ravash Publication; 2000: 6. (in Persian)
13- Mohseni Tabrizi A, Alienation, a Barrier to participation and national development. Pajoheshnameh 1996; *4(7):* 98. (in Persian)
14- Bashirieh H. *Political sociology, social forces in political life*. Iran: Nai Publication; 1994:65. (in Persian)
15- Hafaree M, *Following culture and leading culture. Iran: Entesharat Farhangh va Elm; 1992:118. (in Persian)*
16- Zarei a. *Mechanisms to promote public participation in cultural development*. IRAN: Kavosh Pagohesh; 2004: 22. (in Persian)
17- Seid Emami K. *Views about social Transformation. (Translation)*. Rabert H, ed. kermanshah: Islamic Azad University of Kermanshah; 1994: 257. (in Persian)
18- Fazeli N. Culture and Development. JORNAl UNESCO: IRAN, Tehran. 1997; 210. (in Persian)
19- Delforooze N. *Contemporary Political Sociology. (Translation)*. Nesh K, ed. Tehran: Kavir Publication; 2008: 150. (in Persian)
20- Saboori M. *Society and Politic. (Translation)*. Rash M.Tehran: Semat Publication; 1998: 141. (in Persian)
21- Razavi SM. To study the reinforcement Patterns of public participation in natural resource section based on Jahadi culture. Jihad Sazandeghi 2008;107. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Evaluation of Public Participation and intersectoral collaboration in Family Physician Program in Rular areas of Iran

Etemadi F[1*] (BSc), Malekafzali Ardakani H[2] (PhD), Dejman M[3] (PhD)

[1] *Deputy Health and Rehabilitation Sciences, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran*
[2] *National Institute of Health Research, the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran*
[3] *Centre for Research on Social Determinants of Health, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran*

Original Article
Received: 14 Apr 2015, Accepted: 27 Jun 2015

Abstract

Introduction: Family Physician Program (FPP) has been performed by Ministry of Health and Medical Education in Iran villages, since 2004. Major roles of this program included providing competiveness, permanency, management health services, cooperation with other sectors and presenting healthy packages to population. Due to the importance of public and intersectoral collaboration in achievement of FPP goals, the present study aimed to explore the people and other relevant sectors participation to empower the FPP, and to obtain an appropriate resource allocation.

Methods: A Mixed method study was conducted using random, and convenient sampling in quantitative and qualitative studies, respectively. The data was collected using Health Questionnaire (eight dimensions), in quantitative study, and in-depth interviewes and focus group discussions, in qualitative study, in order to explore six objectives. Interviews were conducted with the program managers at the province level, key informants, and people. The results of the qualitative study is presented in this paper.

Results: The results showed that the people have not participated in the program for different reasons (e.g. resource deficiencies, instrumental involvement to provide equipment, and health costs). Different level of Intersectorial interaction, and instrumental involvement could be remarked as the possible reasons for non-involvement of the other sectors participants.

Conclusion: The lack of providing the program prerequisites, and problems in executive process (e.g. limited financial and human resource) were some of weaknesses of the FPP.

Key words: Family Physician, Evaluation and Monitoring, Participation

Please cite this article as follows:

Etemadi F, Malekafzali Ardakani H, Dejman M. Evaluation of Public Participation and intersectoral collaboration in Family Physician Program in Rular areas of Iran. Hakim Health Sys Res 2015; 18(3): 182-193.

[*]Corresponding Author: University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. Tel: +98- 21-22180108, Fax: +98- 21-22180008. E-mail:etehmady@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]